

CERTIFICACIÓN DE LA INTERVENCIÓN

Por la presente certifico que el día ____/____/____ he realizado a _____
_____ LE/LC/DNI/CI N° _____ la intervención quirúrgica
que se detalla a continuación:

Nombre de la/s intervención/es realizada/s: _____

Código/s de referencia (según Nomenclador Nacional de Prestaciones Médicas y sanatorias): _____

Diagnósticos / Datos relevantes de la historia clínica: _____

Fecha de inicio de Enfermedad: _____

DATOS DEL PROFESIONAL INTERVINIENTE

Apellido y nombres: _____

Número de Matrícula Provincial: _____

Número de Matrícula Nacional: _____

Tipo y Número de Documento: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL

Razón Social: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Firma y sello del Profesional

Firma y sello del Responsable
del Establecimiento Asistencial